

INFORME DE CAMBIO PERSONAL DOCENTE

ANTES DEL CAMBIO		DESPUES DEL CAMBIO
1 Nombre del Empleado	Zayas Malave, Zulma	
2 Núm. Seg. Social	20-20-4396	
3 Sexo	F	
4 Estado Civil	Soltera	
5 Prep. Académica	BA (15)	
6 Experiencia	0	
7 Status Empleado (Contrato)	Transitorio Provisional (D)	
8 Sueldo Bruto	1.000	
9 Núm. de la Plaza		
10 Categoría de la Plaza	Teatro 9813	
11 Clasificación Puestos Dir		
12 Fondo	Escuela	
13 Cifra Cuenta	91-111-061-04-001	
14 Fecha de Efectividad	3 septiembre 1991	
15 Acción y Duración	Nombramiento por Renta Año	
16 Causa del Cese		
17 Último Día Trabajo		
18 Último Día de Pago		
19 Programa Escolar	Teatro	
20 Turno en Registro	Recomendación	
21 Distrito Escolar	Arroyo	

Por Julia Bonas Labrón quien renuncia efectivo al 30 de agosto 1991.
LICENCIA POR VACACIONES y/o ENFERMEDAD CONCEDIDA

22 Desde	23 Hasta
24 Observaciones (Antes del Cambio) Se agotó el registro Provisional	25 Observaciones (Después del Cambio) Descuento Medicare Ley 99-272
26 Firma Empleado en caso de cambio de contrato a probatorio, traslado, reasignación permanente o descenso VO.ED. VICTOR CASTAGNERA ACOSTA DIRECTOR REGIONAL	27 Deseo: <input type="checkbox"/> Acogerme <input type="checkbox"/> No acogerme Al descuento del 3% de mi sueldo mensual para el Fondo de Ahorro y Préstamo de la Asociación de Empleados del ELA de P.R. en caso de cambio de contrato de sustituto a probatorio o de sustituto a permanente.
28 Recomendado William Rodríguez Valentín 4 septiembre 1991 Superintendente de Escuelas Fecha	29 Recomendado Superintendente de Escuelas Fecha
30 APROBADO: POR EL SECRETARIO DE INSTRUCCION PUBLICA FIRMA	FECHA

* Si el nombramiento es provisional el mismo constituye un CERTIFICADO PROVISIONAL por su duración

FORM. 409 ESPECIAL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACION
DIVISION DE PERSONAL - HATO REY, PUERTO RICO

INFORME DE CAMBIO - PERSONAL DOCENTE

	ANTES DEL CAMBIO	DESPUES DEL CAMBIO
1. NOMBRE DEL EMPLEADO	REYES MALAVE, ZULMA	
2. NUM. SEGURO SOCIAL	000000-6396	
3. EXPERIENCIA	06-00-00-0.0	
4. STATUS EMPLEADO	PROBATORIO	PERMANENTE
5. NUM. DE PUESTO	R12042	
6. CATEGORIA DEL PUESTO	19813-MAESTRO TEATRO	
7. FONDO	1111 - ESTATAL	
8. CIFRA DE CUENTA	198-111-081-09-404-001-00-1110-01-000000-0000	
9. FECHA EFECTIVIDAD		1/SEPT/97
10. ACCION Y DURACION		CAMBIO DE STATUS
11. DISTRITO ESCOLAR	1008 - ARROYO	

LICENCIA POR VACACIONES Y/O ENFERMEDAD CONCEDIDA

12. DESDE	13. HASTA
14. OBSERVACIONES (ANTES DEL CAMBIO)	15. OBSERVACIONES (DESPUES DEL CAMBIO)
16. CONSIDERE SOLAMENTE PARA CAMBIO DE STATUS	CONTINUA RESTO AÑO EN EL PUESTO NUMERO EN EL DISTRITO

16. APROBADO POR EL SECRETARIO DE EDUCACION
O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO

OCT 17 1997

Jose A. [Signature]

FIRMA

FECHA



01 de abril de 2019

DEPARTAMENTO DE EDUCACION
SECCIÓN DE NOMBRAMIENTOS Y CAMBIOS
APARTADO 190759

Solicitud No: 956292
Radicada en: 05 dic 2018

SAN JUAN PR 00919 0759

Atención: Sr. Enoch González Vélez

El(la) profesor(a) ZULMA REYES MALAVE con seguro social XXX-XX-6396 ha radicado una Solicitud de Retiro en nuestro Sistema. Al 06 de marzo de 2019, fecha de su última aportación recibida,

☒cualifica ☐no cualifica para acogerse a la jubilación.

Su tiempo cotizado y edad es el siguiente:

29 Años, 6 Meses, 0 Semanas, .00 Dias y su edad es 62 años.

Los pagos pendientes no están considerados en esta certificación. Los mismos son:

☐Reconocimiento de Tiempo
☐Diferencia en % por transferencia recibida
☐Reembolso de Cuotas
☒No aplica

El tiempo certificado puede variar, de encontrarse diferencias en el Informe de Cambio, enviado por el Departamento de Educación u otras Instituciones Gubernamentales y de existir anulaciones futuras entre cuentas que afecten las aportaciones del Sistema.

Deberá permanecer cotizando en nuestro Sistema hasta la fecha que proyecta retirarse.

El plan médico y planes suplementarios deben ser pagados directamente a las aseguradoras hasta tanto envíen las autorizaciones de descuentos para tramitar su pensión.

Atentamente,

Franklin E. Lopez Diaz
Area de Servicios de Retiro

C: ZULMA REYES MALAVE
JARDINES DE ARROYO
Al 17 CALLE Y
ARROYO. PR 00714

XXX-XX-6396

235 Avenida Arterial Hostos, Edificio Capital Center, Torre Norte, Hato Rey, Puerto Rico 00918
P.O. Box 191879, Hato Rey, PR 00919-1879

srm_correspondenciaconsulta@srm.pr.gov (787) 777-1414

<http://www.srm.pr.gov>





Area de Servicios de Retiro

SOLICITUD DE RETIRO

☐ Mérito ☐ Años de Servicios y Edad ☐ Edad ☐ Diferido ☐ Incapacidad ☐ Suplementaria

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Solicito los beneficios del retiro, de acuerdo a las disposiciones de la Ley 160 del 24 de diciembre de 2013.

Nombre <u>Lulma B. Reyes Malave</u>		Seguro Social <u>88000-6396</u>	Fecha de Nacimiento (D-M-A) <u>22/04/1958</u>	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado		Número de Teléfono y Celular <u>787-617-5396</u> <u>787-535-6673</u>		Correo Electrónico <u>2r-teatr@hotmail.com</u>
Dirección Postal <u>Urb. Jardines de Arroyo</u> <u>calle Y-AE-17</u> <u>Arroyo, P.R. 00714</u>		Dirección Residencial <input checked="" type="checkbox"/> Igual a la Postal		
Agencia Donde Trabaja <u>Departamento de Educación</u>	Pueblo Donde Trabaja <u>Arroyo</u>	Puesto que Ocupa <u>Maestra</u>	Fecha Efectividad Renuncia <u>30-Sept-2019</u>	
Nombre, Dirección y Teléfono del Familiar Cercano (Aplica solamente a Solicitud de Incapacidad)				

Prestamo con SRM <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Tipo de Prestamo <input type="checkbox"/> Hipotecario <input checked="" type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Viaje Cultural
Prestamo con AEEIA <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Tipo de Prestamo <input type="checkbox"/> Hipotecario <input checked="" type="checkbox"/> Personal
Indique si es beneficiario o esta en trámite de alguna Pensión por Incapacidad	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Entidad a la que se le reclamo la Incapacidad y/o la otorgo
Fecha de Otorgación (D-M-A)	
Firma del Participante <u>[Signature]</u>	
Fecha (D-M-A) <u>24-mayo-2019</u>	

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (INCAPACIDAD)

AUTORIZO al Sistema de Retiro para Maestros a tener acceso a mi Historial Laboral o Médico que pueda constatar cualquier agencia, departamento estatal, municipal o federal y/o agencias privadas o públicas fuera de Puerto Rico para uso de una Investigación Oficial de ser necesario.

Firma del Participante <u>[Signature]</u>	Fecha (D-M-A) <u>24-mayo-2019</u>
---	-----------------------------------

PARA USO DEL PATRONO

CERTIFICO que Lulma B. Reyes Malave se encuentra actualmente en ☒ servicio activo ☐ licencia

Certificación del Supervisor Inmediato

Nombre y Apellidos

Especifique el tipo de licencia

Renuncia Efectiva (D-M-A) <u>30-Septiembre-2019</u>	Nombre de la Escuela o Agencia <u>Natividad Rodriguez Cortez</u>	Fecha (D-M-A) <u>24-mayo-2019</u>
Nombre del Superintendente de Escuelas o Jefe de Personal del Departamento o Agencia	Firma del Superintendente de Escuelas o Jefe de Personal del Departamento o Agencia	





GOBIERNO DE PUERTO RICO

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACION
SECRETARIA AXILIAR DE RECURSOS HUMANOS
RETIRO DOCENTE

CERTIFICACIÓN RADICACIÓN SOLICITUD DE RETIRO

De conformidad con las disposiciones de la Ley Núm. 208 del 21 de diciembre de 2010, certifico que:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre y apellidos: Lilma B. Reyes Malave
Seguro Social: 6396 Puesto: Maestra
Región Educativa: Caguas Distrito: Guayama
Escuela: Natividad Rodriguez Canales Municipio: Arroyo
Fecha radicación solicitud de retiro: 28/Mayo/2019
Fecha efectividad de renuncia: 30 Septiembre 2019
☒ Solicitud Excepcional Razón: _____

19 MAY 28 AM 11:28

Clasificación del Puesto: ☒ Maestro ☐ Director ☐ Trabajador Social ☐ Orientador
Categoría: Maestra de Bellas Artes Número de Puesto: R 12042

Realizó la debida notificación de su intención de jubilarse hoy, 24 de Mayo de 2019

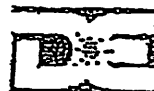
Indira Góngora Coli
Nombre en letra de molde del
Director de Escuela o Representante Autorizado

[Signature]
Firma del Director de Escuela
o Representante Autorizado

Observaciones: _____

Este formulario debe contener en original el sello de la Escuela o Región Educativa, según corresponda para que se valide la autenticidad del mismo y sea sometido junto a la Solicitud de Retiro del Sistema de Retiro Excepcional (SRE) para el trámite correspondiente.

Oficina Regional
PO Box 303
Caguas, PR 00726



PO BOX 190759, SAN JUAN PUERTO RICO 00919-0759 TEL (787) 773-2626-2725-6288 FAX (787) 759-7097

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acoso